

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR 2010-2011



RESPONDA **TODAS** LAS PREGUNTAS. **NO** ESCRIBA EN LAS ÁREAS **SOMBREADAS**. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA. FIRME LA PÁGINA 5.  
**RELLENE LOS SIGUIENTES CASILLEROS QUE ESTÁN EN BLANCO**

SI NECESITA AYUDA , PÓNGASE EN CONTACTO CON LA AGENCIA INDICADA ARRIBA	SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA	
	DSS	OFA/ALTERNATE CERTIFIER
	DATE RECEIVED	DATE RECEIVED

## SECCIÓN 1: COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>			
PRIMER NOMBRE	Inicial 2º nombre	APELLIDO	
<b>MI APELLIDO DE SOLTERA Y/U OTROS NOMBRES QUE HE USADO SON:</b>		PRIMER NOMBRE	Inicial
			APELLIDO
DOMICILIO (CALLE)			Apto. N°.
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
CONDADO	NÚMERO DE TELÉFONO DONDE SE ME PUEDE UBICAR (Código + Número)		

¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO RESIDE EN ESTE DOMICILIO?      AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)

DIRECCIÓN (CALLE):	Apto. N°.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------------	-----------	--------	---------	--------	---------------

¿ALGUNA VEZ HA SOLICITADO HEAP?  SÍ     NO    SI RESPONDIÓ «SÍ», FECHA DE SU SOLICITUD MÁS RECIENTE ➔

### NOMBRE TODAS LAS PERSONAS, INCLUSIVE USTED, QUE AHORA VIVEN EN LA MISMA VIVIENDA (si nadie más, escriba **NINGUNA DEBAJO DE SU NOMBRE**)

CD	LN	PRIMER NOMBRE	Inicial	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	PARENTESCO CONMIGO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDADANO NACIONAL O EXTRANJERO HABILITADO	CIEGO O INCAPACITADO	
					MES	DÍA	AÑO					M/F	<input type="checkbox"/> SÍ
1	01								<b>Yo mismo(a)</b>		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	02										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	03										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	04										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	05										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	06										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	07										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
1	08										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR**

Si tiene personas adicionales que incluir, favor de adjuntar una hoja por separado.

¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO CUPONES PARA ALIMENTOS?

SÍ     NO    Si contestó SÍ. ¿Quién? \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO FS:

¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO ASISTENCIA TEMPORAL?

SÍ     NO    Si contestó SÍ. ¿Quién? \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO TA:

**SECCIÓN 2: VIVIENDA – MARQUE (✓) SÓLO UN CASILLERO**

<p><b>PROPIETARIO DE VIVIENDA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar o trailer / casa rodante</p> <p><input type="checkbox"/> Multifamiliar; número de unidades _____</p> <p><input type="checkbox"/> Propietario de Co-Op / Condominio</p> <p><b>OTRO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con otra persona y compartimos los gastos</p> <p><input type="checkbox"/> Pago por una habitación</p> <p><input type="checkbox"/> En hotel / motel</p> <p><input type="checkbox"/> Otro arreglo de vivienda _____</p>	<p><b>INQUILINO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Casa privada, apartamento o trailer / casa rodante</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda privada subsidiada</p> <p><input type="checkbox"/> Proyectos de vivienda pública para personas de la tercera edad</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda pública subsidiada</p>
--	---

MI PAGO MENSUAL DE ALQUILER O HIPOTECA ES: \$ \_\_\_\_\_  NINGUNO

DE SER PERTINENTE, EL EDIFICIO DE APARTAMENTOS O PROYECTOS EN EL QUE VIVO SE LLAMA: \_\_\_\_\_

¿RECIBE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR UN MONTO ADICIONAL PARA CUBRIR AUMENTOS DE ALQUILER DESTINADO A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD (SCRIE)?  Sí  No

**SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE CALEFACCIÓN Y SERVICIOS PÚBLICOS**

<p><b>SI PAGA POR SU PROPIA CALEFACCIÓN, RELLENE LA SECCIÓN A, A CONTINUACIÓN:</b></p>	<p><b>CALENTADORES A BASE DE ACEITE Y/O DE KEROSÉN, RELLENE LA SECCIÓN B, A CONTINUACIÓN:</b></p>
<p><b>A. Mi fuente principal de calefacción es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aceite combustible    <input type="checkbox"/> Gas natural    <input type="checkbox"/> Leña / Briqueta</p> <p><input type="checkbox"/> Carbón o maíz    <input type="checkbox"/> Kerosén    <input type="checkbox"/> Propano o gas de garrafa</p> <p><input type="checkbox"/> PSC Electric    <input type="checkbox"/> Electricidad municipal    <input type="checkbox"/> Tanque individual</p> <p><input type="checkbox"/> _____    <input type="checkbox"/> Tanque con contador</p>	<p><b>B. ¿Tiene usted un contrato de servicio por escrito?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí, suministre una copia</p>
<p>¿Está la factura de calefacción a su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si eligió «No», la factura está a nombre de: _____</p> <p>Parentesco con usted: _____</p> <p>¿Es usted directamente responsable de la factura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Su número de cuenta de servicios de calefacción es:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Marque este casillero si es la cuenta del arrendador</b></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>Nombre de compañía de servicios de calefacción: _____</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff;"><b>SI NO PAGA POR SU PROPIA CALEFACCIÓN, RELLENE LA SECCIÓN C, A CONTINUACIÓN:</b></p> <p><b>C. Mi situación de vivienda es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Calefacción y servicios públicos incluidos en el alquiler</p> <p><input type="checkbox"/> La calefacción está incluida en el alquiler pero yo pago por los servicios públicos (luz / estufa / agua caliente). (Rellene los datos a continuación si están marcados)</p> <p>¿Está la factura a su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si eligió «No», la factura está a nombre de: _____</p> <p>Parentesco con usted: _____</p> <p>¿Es usted directamente responsable de la factura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Su número de cuenta de servicios públicos es:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Marque este casillero si es la cuenta del arrendador</b></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p>
<p>DIRECCIÓN (CALLE)</p> <p>CIUDAD / PUEBLO    ESTADO    CÓDIGO POSTAL</p>	<p>Nombre de compañía de servicios públicos: _____</p>
<p>¿Paga usted también directamente a una compañía de servicios públicos por el servicio de luz, estufa o agua caliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, suministre los datos a continuación:</p> <p>Nº. de cuenta con la compañía de servicios públicos (si tiene una):</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Marque este casillero si es la cuenta del arrendador</b></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>Nombre de su compañía de servicios públicos: _____</p> <p>¿Funciona la caldera a base de electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Funciona el termostato de su apartamento a base de electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Funciona la caldera a base de electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Funciona el termostato de su apartamento a base de electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

## SECCIÓN 4: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

INFORME SOBRE TODO TIPO DE INGRESOS QUE RECIBEN **TODOS LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR**. TODO MONTO DEBE INDICARSE COMO **INGRESO MENSUAL BRUTO** ANTES DE LAS DEDUCCIONES. AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI LAS NECESITA.

MARQUE TODO LO QUE SEA PERTINENTE	TIPO DE INGRESO	SI ES ASÍ, MONTO (Monto mensual en bruto antes de las deducciones)	INFORMACIÓN ADICIONAL	¿QUIÉN LO RECIBE?
<input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL / Inclusive depósito directo	MONTO MENSUAL \$	Indique monto que paga por Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD / Inclusive depósito directo	MONTO MENSUAL \$	Indique cuánto paga por: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/>	SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)	MONTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/>	PENSIÓN / JUBILACIÓN privada y/o gubernamental	MONTO MENSUAL \$	Fuente de la pensión	
<input type="checkbox"/>	BENEFICIOS PARA VETERANOS	MONTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD, privada o del Estado de Nueva York	MONTO SEMANAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/>	CONTRIBUCIÓN de alguien que no pertenece al grupo familiar	MONTO MENSUAL \$	Nombre de quien contribuye	
<input type="checkbox"/>	PAGO DE SUSTENTO DE MENORES	MONTO SEMANAL POR ORDEN JUDICIAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/>	PENSIÓN ALIMENTICIA, inclusive pagos de hipoteca, facturas de servicios públicos, etc.	MONTO MENSUAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/>	INGRESOS POR ALQUILER de apartamento, garaje, terreno, etc.	MONTO MENSUAL \$	Tipo de alquiler	
<input type="checkbox"/>	PAGO POR HABITACIÓN / HOSPEDAJE (recibido) etc.	MONTO MENSUAL \$	Nombre del inquilino / huésped	
<input type="checkbox"/>	COMPENSACIÓN LABORAL	MONTO SEMANAL \$		
<input type="checkbox"/>	BENEFICIOS DE SEGURO POR DESEMPLEO	MONTO SEMANAL \$	Fecha de inicio: Fecha que finaliza:	
<input type="checkbox"/>	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	<b>INGRESE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA 4</b>		
<input type="checkbox"/>	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.			
<input type="checkbox"/>	INGRESOS DEVENGADOS SOMETE TALONES DE CHEQUES SALARIALES DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.  Nota: los montos <b>semanales</b> se multiplican por 4.3333 para calcular el monto mensual.  los montos <b>bisemanales</b> se multiplican por 2.1666 para calcular el monto mensual.	<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$	Empleador	
<input type="checkbox"/>	¿RECIBE INGRESOS DE ALGUNA OTRA FUENTE? ADJUNTE EXPLICACIÓN	MONTO \$	Fuente	
<b>INGRESO COMO TRABAJADOR AUTÓNOMO</b>				
<input type="checkbox"/>	¿TRABAJA USTED DE SU PROPIA CUENTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TIPO DE NEGOCIO _____ Si eligió «Sí», indique si quiere que se haga el cálculo de sus ingresos en base a su reciente declaración federal de impuestos o en base a los (3) meses previos al registro de su solicitud. <input type="checkbox"/> Declaración más reciente de impuestos <input type="checkbox"/> Últimos tres meses			

FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 5

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR NO RECIBE INGRESOS DE NINGUNA FUENTE?

No  Sí Si contestó «Sí», indique cuáles miembros de su grupo familiar no reciben ingresos:

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ES ESTUDIANTE DEPENDIENTE?

No  Sí; ¿Quién? \_\_\_\_\_

### INGRESOS POR INTERESES Y DIVIDENDOS

MARQUE TODO LO QUE SEA PERTINENTE	TIPO DE INGRESO	SI ES ASÍ, MONTO (Monto mensual en bruto antes de las deducciones)	INFORMACIÓN ADICIONAL	¿QUIÉN LO RECIBE?
<input type="checkbox"/>	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco	
<input type="checkbox"/>	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco	
<input type="checkbox"/>	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco	
<input type="checkbox"/>	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco	
<input type="checkbox"/>	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos	
<input type="checkbox"/>	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos	
<input type="checkbox"/>	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos	
<input type="checkbox"/>	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos	

**FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 5**

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN IMPORTANTE

## AVISO IMPORTANTE

SEPA QUE EXISTE UN MONTO LIMITADO DE FONDOS DESTINADO AL PROGRAMA HEAP. UNA VEZ ESOS FONDOS SE AGOTAN, NO SE EMITEN MÁS PAGOS DE BENEFICIOS Y SE CIERRA EL PROGRAMA. POR LO TANTO, LE ACONSEJAMOS QUE RELLENE Y DEVUELVA SU SOLICITUD LO ANTES POSIBLE. TENGA EN CUENTA QUE EN AÑOS ANTERIORES EL PROGRAMA SE CERRÓ TAN PRONTO COMO EL 12 DE MARZO.

**LIFELINE:** si usted solicita el servicio telefónico de descuento *Lifeline*, es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. La compañía telefónica posiblemente utilice esos datos para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

**Si no desea que se revele este tipo de información, marque este casillero**

Puede comunicarse directamente con la compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento *Lifeline*.

## Lea la siguiente información importante

Yo juro o protesto que los datos que he suministrado en la presente solicitud o que suministraré en entrevistas telefónicas posteriores, son verdaderos y exactos. Estoy consciente de que toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente en conexión con esta solicitud y peticiones posteriores de asistencia HEAP, puede causar que se me declare inhabilitado para la asistencia que yo reciba directamente o que se pague a terceros en representación de mi persona. Además, toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente con el propósito de obtener asistencia por medio de este programa puede ocasionar que se inicien acciones legales en mi contra, corriendo el riesgo de que se me impongan sanciones civiles y/o penales. Entiendo que, al firmar esta solicitud / certificación, doy mi consentimiento para que toda agencia gubernamental autorizada lleve a cabo toda investigación necesaria para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con la solicitud de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) para la presente temporada. También doy mi consentimiento para permitir que la información suministrada en este formulario, sea utilizada para remitirle al Programa de Asistencia para Climatización.

## PARA OBTENER ASISTENCIA HEAP, DEBE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS; FECHAR Y FIRMAR LA SOLICITUD

FIRME AQUÍ: X

FECHA DE LA FIRMA

DE SER PERTINENTE, NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE AYUDÓ:

NÚMERO DE TELÉFONO:

## LEY DE PRIVACIDAD PERSONAL – NOTIFICACIÓN AL CLIENTE

La Ley Estatal de Protección a la Privacidad Personal, que entró en vigencia el 1<sup>ERO</sup> de septiembre de 1984, establece que debemos mantenerlo al tanto de lo que el Estado hará con la información que nos proporcione con respecto a usted y a su familia. Nosotros usamos dicha información para averiguar si usted reúne las condiciones necesarias para participar en el programa de Subsidio de Energía para el Hogar y, si es así, para qué monto. La Sección 21 de la Ley de Servicios Sociales nos otorga el derecho de obtener información acerca de su persona. A fin de asegurarnos de que reciba toda la asistencia a la que, por ley, usted y su familia tienen derecho, consultamos otras fuentes de información para saber más sobre los datos que usted nos ha proporcionado. Por ejemplo:

- Podemos verificar si usted trabaja. Esto se hace enviando su nombre y número de seguro social al Departamento Estatal de Impuestos y Finanzas, como así también a empleadores de los que se tenga conocimiento, con el objeto de saber su situación laboral y el monto de su salario.
- Podemos solicitar al Estado que consulte con la División de Seguro de Desempleo para verificar si usted recibe beneficios por desempleo.
- Podemos consultar con los bancos para asegurarnos de estar informados sobre cualquier tipo de ingresos que usted pueda haber recibido.

Además de usar así la información que usted nos proporcione, el Estado también la usa para preparar estadísticas acerca de todas las personas que reciben Subsidio de Energía para el Hogar. Esta información se usa con fines de planeamiento y administración de programas. El Estado también puede usarla para realizar control de calidad, con el objeto de asegurarse de que los distritos locales hagan su trabajo de la mejor manera posible. La información se usa para verificar quién le suministra la energía y para efectuar ciertos pagos a dicha compañía. Si usted no nos proporciona la información que necesitamos, puede obstaculizar las averiguaciones que hacemos para determinar si reúne las condiciones para recibir asistencia, en cuyo caso nos veremos obligados a rechazar su solicitud. La presente información se conserva en la oficina del Subcomisionado de la División de Tecnología Informática: *Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001*. No envíe su solicitud a esa dirección.

## CONSENTIMIENTO DE RETIRO DE SOLICITUD

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI SOLICITUD DE HEAP NO SEA PROCESADA: FIRME AQUÍ: X \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE PUEDO VOLVER A SOLICITAR BENEFICIOS DE HEAP DURANTE EL PERIODO DE ACEPTACIÓN DE DICHAS SOLICITUDES.

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA														
OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID.	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.							
				6 0										
CASE NAME					NUMBER REUSE INDICATOR	HEAP INCOME CODE	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAIL IN <input type="checkbox"/> EMERGENCY <input type="checkbox"/> WALK IN <input type="checkbox"/> HEATING EQPT. <input type="checkbox"/> COOLING <input type="checkbox"/> OTHER _____							
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contact, etc.						<b>REGULAR BENEFIT</b>								
						<input type="checkbox"/> <b>SEPARATE HEAT (check one):</b> <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric Heat <input type="checkbox"/> Municipal Electric Heat								
						<input type="checkbox"/> <b>HEAT INCLUDED IN RENT:</b> <input type="checkbox"/> Payment to household <input type="checkbox"/> Payment to Utility								
						Benefit	\$							
						Vendor								
						Vendor Code								
						<input type="checkbox"/> Application compared to previous information <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> Changes resolved								
						<input type="checkbox"/> PENDING TOTAL INCOME \$	START:	END:	<input type="checkbox"/> <b>APPROVED</b> <input type="checkbox"/> <b>DENIED</b> TIER <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II			CATEGORICALLY ELIGIBLE TA/FS CODE A SSI:		
CERTIFYING AGENCY														
WORKER'S SIGNATURE/DATE														
SUPERVISOR'S INITIALS/DATE														

# Inscripción en el Registro Electoral / Emitido por una agencia del Estado de Nueva York

This form is available in English  
本表格有中文文本

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL



## IMPORTANTE

El hecho de inscribirse o no en el Registro Electoral no afectará el monto de beneficios de asistencia que esta agencia le suministrará.

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, solicítela; de lo contrario, puede rellenarlo en privado sin que nadie le asista.

Si cree que alguien, de alguna manera, ha interferido con su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse en el registro electoral; o con su derecho a mantener privacidad al respecto; o a seleccionar un partido político en particular u otra expresión política de su preferencia, puede presentar un reclamo en la siguiente dirección:

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street  
Albany, New York 12207-2109  
Teléfono: 1-800-469-6872;*

*usuarios de TDD/TTY contacten el New York State Relay al 711; o  
visite nuestro sitio web: [www.elections.state.ny.us](http://www.elections.state.ny.us)*

La decisión de inscribirse o no se mantendrá confidencialmente, así como también la información suministrada y la oficina donde sometió su solicitud; sólo se utilizarán con fines de registro electoral

Si todavía no está inscrito en el registro electoral de su localidad, ¿le gustaría hacerlo en este momento?

**Sí** (Si contesta «Sí», rellene la INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL al pie de esta página)

- NO porque elijo no inscribirme
- Ya estoy inscrito en mi lugar de residencia actual
- Ya solicité y recibí la inscripción por correo.

**Si usted no marca una de las casillas anteriores, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.**

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

### Requisitos de inscripción

#### Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó;
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

#### Si desea inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano estadounidense;
- tener 18 años de edad para el 31 de diciembre del año en el que usted rellena este formulario (nota: tiene que haber cumplido los 18 años para la fecha de las elecciones primarias, generales, u otras elecciones en las que usted desee votar);
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York, por lo menos 30 días antes de la elección;
- no estar en prisión o en libertad condicional por haber cometido un delito grave; y
- **no tener derecho a votar en otro lugar.**

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL (instrucciones al reverso)

NVRA -05 (01/07)

Sí, necesito una boleta de votación por correo

**Rellene en letra de imprenta con tinta azul o negra**

Sí, me gustaría trabajar en una mesa electoral el día de elecciones

<b>1</b>	¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió NO, no rellene este formulario		<b>2</b>	¿Tendrá 18 años de edad o más, el día las elecciones o antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde NO, no rellene este formulario a menos que vaya a cumplir 18 años a fin de año.		Uso exclusivo de la Junta electoral
	Apellido			Nombre Inicial del segundo nombre Sufijo distintivo		
<b>3</b>	Domicilio (no incluya dirección de apartado postal)		Apto. N.º	Ciudad / Pueblo / Aldea		Código postal Condado
<b>4</b>	Dirección donde recibe correspondencia (si difiere de la anterior)		Apartado postal, <i>star route</i> , etc.		Oficina postal	Código postal
<b>5</b>	Fecha de nacimiento	<b>7</b>	Sexo (trace un círculo) M F	<b>8</b>	Número de teléfono (optativo)	<b>9</b>
<b>6</b>	Último año en que usted votó	Domicilio anterior (escriba el número, calle y ciudad)		N.º de identificación: marque la casilla que corresponda y escriba el número. <input type="checkbox"/> Número DMV de Nueva York _____ Si no cuenta con un número de DMV de Nueva York, suministre: <input type="checkbox"/> Los cuatro últimos dígitos de su Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo número de licencia de conducir de Nueva York ni número de Seguro Social.		
<b>10</b>	Condado / Estado		Nombre que usó (si es diferente al actual)			
<b>11</b>	Elija un partido. Marque sólo una casilla		Nota: para votar en las <b>elecciones primarias</b> , tiene que estar inscrito en uno de estos partidos. *Vea al reverso		<b>12</b>	
	<input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) _____ <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO					
			<b>DECLARACIÓN JURADA.</b> Juro o afirmo que: • Soy ciudadano de Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para inscribirme como votante en el estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información suministrada es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta \$5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años.			
			_____ (Firma o marca en tinta)			_____ (Fecha)

## REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN

Se deberá verificar su identidad antes del día de las elecciones a fin de que no tenga que presentar identificación al momento de votar. Se puede verificar su identidad por medio de su número de DMV (número de licencia de conducir o número de identificación de no conductor) o con los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social, tal como se solicita en la casilla 9 de esta planilla.

Si no se verifica su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá identificación cuando vote por primera vez. Algunos ejemplos de identificación son una credencial válida con foto, una factura actual de servicios públicos (gas, agua, etc.), un estado de cuenta bancaria, un cheque del gobierno o algún otro documento gubernamental en el que aparezca su nombre y dirección.

## CÓMO RELLENAR ESTE FORMULARIO

**Recuadro 1:** debe rellenarse. Si respondió NO, no rellene este formulario.

**Recuadro 2:** debe rellenarse; pero, si marcó la casilla que dice no, no lo rellene A MENOS QUE usted sea un residente del Estado de Nueva York y cumpla 18 años de edad a finales de este año.

**Recuadro 4:** escriba su domicilio.

**Recuadro 5:** escriba su dirección postal, si difiere de su domicilio (número de apartado postal, *star route*, número de ruta rural etc.).

**Recuadro 8:** es opcional rellenar este recuadro.

**Recuadro 9:** debe rellenarse. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.

**Recuadro 10:** si usted nunca antes ha votado, escriba «None» (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba «Same» (el mismo).

**Recuadro 11:** para poder votar en las elecciones primarias de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos de Nueva York. Marque sólo un recuadro. (\*A excepción del Partido Independencia [*independence party*] que permite que los votantes no afiliados voten en elecciones primarias).

**Recuadro 12:** firme y feche con bolígrafo.